Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 591 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 februari 2015

In 2009 zijn de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, inmiddels het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geëvalueerd[1]. In de kabinetsreactie op deze evaluaties is toegezegd dat deze evaluaties herhaald zullen worden. Deze evaluaties hebben in 2014 plaatsgevonden, evenals een evaluatie van de wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering (Ovoz). In deze brief geef ik een reactie op de evaluatie van de Zvw en de wet Ovoz. U heeft reeds separaat de evaluatie van de Wmg en de NZa met een korte reactie ontvangen. Een uitgebreide reactie op deze evaluaties ontvangt u binnenkort tegelijk met de uitgebreide reactie op het rapport van de commissie Borstlap. De evaluatie van het ZiNL en de reactie hierop komt binnenkort.

De evaluatieopdracht

In de evaluatieopdracht voor de Zvw (uitgevoerd door KPMG Plexus) is gekozen voor enerzijds een terugblik op de knelpunten uit de evaluatie van 2009 en anderzijds een verdieping op een tweetal specifieke onderwerpen, namelijk de zorginkoop en het machtsevenwicht tussen de drie spelers in het stelsel. Hiernaast is opdracht gegeven om de wet Ovoz (Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering) te evalueren (uitgevoerd door het adviesbureau ZorgVuldig Advies). Gelijktijdig met deze evaluatie is de Wmg geëvalueerd. In de evaluatie Wmg komen soms dezelfde thema’s aan bod als in de evaluatie van de Zvw, aangezien deze twee wetten op elkaar aansluiten. Waar relevant verwijs ik in deze beleidsreactie naar de beleidsreactie op de evaluatie van de Wmg. Hiernaast heb ik onlangs de brief «Kwaliteit loont» aan de Tweede Kamer[2] gestuurd waarin ik diverse maatregelen heb aangekondigd die nauw

[1] Kamerstuk 29 689, nr. 282.
[2] Kamerstuk 31 765, nr. 116.

kst-29689-591
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

samenhangen met een aantal conclusies en aanbevelingen uit de evaluatie van de Zvw. Om niet in herhaling te vallen verwijs ik waar relevant naar deze brief.

De volgende onderzoeksvragen staan centraal in de evaluatie van de Zvw:
1) *Hebben de risico's / knelpunten die geconstateerd zijn in de evaluatie in 2008–2009 zich sindsdien voorgedaan dan wel doen deze zich nog steeds voor, en welke ontwikkelingen hebben hierop plaatsgevonden sinds 2009?*
2) *Welke invloed heeft de Zvw gehad op de zorginkoop door zorgverzekeraars en in welke mate sturen verzekeraars nu meer op doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorg dan voorheen?*
3) *Hoe hebben de drie spelers (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, verzekerden/patiënten) hun beoogde rol binnen de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt opgepakt en wat is het gewicht van de drie spelers hierbij? Is er sprake van een machtsevenwicht tussen de drie spelers?*

De volgende onderzoeksvragen staan centraal in de evaluatie van de wet Ovoz:
4a) *Is het systeem van opsporing doeltreffend?*
4b) *Welke effecten heeft de wet opgeleverd sinds de invoering?*

Evaluatie Zvw

1. Ontwikkelingen op risico's/knelpunten zoals geconstateerd in 2009

De resultaten van het evaluatieonderzoek zijn overwegend positief. De evaluatie toont aan dat sinds de evaluatie van de Zvw in 2009 verbeteringen zijn opgetreden. Tegelijkertijd is op een aantal vlakken verbeteringen noodzakelijk voor een verdere optimalisering van de werking van de Zvw. Hieronder ga ik nader in op de risico's/knelpunten en verbeteringen die de onderzoekers hebben geconstateerd en geef ik hierop mijn reactie.

- ***De ex ante risicoverevening***
  De onderzoekers constateren dat het risicovereveningsmodel de afgelopen jaren verder is ontwikkeld, maar nog niet optimaal is. Ten eerste bevelen de onderzoekers aan om het risicovereveningsmodel te blijven optimaliseren om tot een betere voorspelkracht te komen. Ten tweede bevelen de onderzoekers aan om te onderzoeken in welke mate zogenaamde zorgvraagvariabelen als DKG's en FKG's[3] beïnvloed worden door aanbodgeïnduceerde vraag c.q. praktijkvariatie. Ten derde bevelen de onderzoekers aan om te onderzoeken of het mogelijk is om eventuele aanbodgerelateerde risicovereveningscriteria uit het ex ante vereveningsmodel te verwijderen.
- ***De aanvullende verzekering***
  In de evaluatie van de Zvw in 2009 is geconcludeerd dat de aanvullende verzekering de mobiliteit van chronisch zieken en ouderen kan beperken. De onderzoekers concluderen dat de mobiliteit onder chronisch zieken en ouderen ook in 2014 ten opzichte van andere groepen relatief laag is. De onderzoekers geven aan dat de (dreiging van) mobiliteit van (alle) verzekerden kan worden verbeterd door een brug te slaan tussen de perceptie (angst om niet geaccepteerd te worden en een hogere premie) en de praktijk (vrijwel iedereen wordt geaccepteerd en premieverschillen voor gezondheidsprofielen zijn minimaal). Een mogelijkheid om dit te doen is volgens de onderzoekers in te zetten op communicatie over de praktijk.

[3] DKG's = Diagnose Kosten Groepen, FKG's: Farmaceutische Kosten Groepen.

- ***Effectiviteit van het eigen risico***
  Bij de eerdere evaluatie is gesignaleerd dat de effectiviteit van het eigen risico gering is. In de evaluatie concluderen de onderzoekers dat de relatie tussen de hoogte van het eigen risico en zorggebruik niet eenduidig kan worden aangetoond. Om de prikkel van het eigen risico op zorggebruik te versterken wordt geadviseerd om de transparantie over de onderhandelde tarieven te vergroten.
- ***Collectiviteiten***
  In de evaluatie van 2009 werd een aantal risico's met betrekking tot collectiviteiten benoemd. De onderzoekers hebben deze risico's nader onderzocht. De onderzoekers concluderen dat premiekortingen onder de toegestane 10% blijven en er geen sprake is van risicoselectie via collectiviteiten. Het lijkt er volgens de onderzoekers echter wel op dat premiekortingen voor collectiviteiten gefinancierd worden door individueel verzekerden. Tevens hebben de onderzoekers onderzocht wat de voor- en nadelen zijn van collectiviteiten. Dit naar aanleiding van mijn toezegging in het Algemeen Overleg Zvw van 4 december 2013. De onderzoekers noemen de mogelijkheid tot een inhoudelijke dialoog, de meerjarige contracten tussen verzekeraars en collectiviteiten en samenwerking tussen werkgeverscollectiviteiten en verzekeraars op het gebied van arbeidsgerelateerde gezondheid als voordelen van collectiviteiten. Als nadelen van collectiviteiten noemen de onderzoekers dat de manier van contracteren tussen partijen zonder afspraken over gezondheidswinst weinig toevoegt vanuit maatschappelijk perspectief en dat collectiviteiten mogelijk de mobiliteit in de verzekeringsmarkt beperken. De onderzoekers geven aan dat collectiviteiten meerwaarde zouden kunnen hebben, indien zij verplicht worden om afspraken over gezondheidswinst te maken. Tegelijkertijd stellen ze daarbij de vraag hoe de naleving van dergelijke verplichtingen zou kunnen worden getoetst. Geadviseerd wordt de ontwikkeling van de collectiviteitenmarkt te monitoren om te bezien of het beoogde doel van het behalen van gezondheidswinst in de loop der jaren beter behaald wordt. Indien dit niet het geval is, wordt aanbevolen om te overwegen de wettelijk toegestane collectiviteitkorting af te schaffen.
- ***Zorgplicht***
  In de evaluatie van 2009 werd geconcludeerd dat de zorgplicht voor zorgverzekeraars niet helder genoeg omschreven was en dat verzekerden onvoldoende op de hoogte waren van het verschil tussen een natura- en een restitutiepolis. De onderzoekers concluderen dat door de invoering van het nieuwe Toezichtskader zorgplicht zorgverzekeraars door de NZa, zorgverzekeraars voldoende houvast hebben om de zorgplicht te vervullen. Zorgverzekeraars hebben zich de afgelopen jaren aan de zorgplicht gehouden. Onbekendheid met en onduidelijkheid over polissen bestaat echter nog steeds. Daarom bevelen de onderzoekers aan om de transparantie en informatievoorziening vanuit zorgverzekeraars ten aanzien van het polisaanbod te versterken.
- ***Nominale premie en zorgtoeslag***
  In de evaluatie van 2009 werd als knelpunt gesignaleerd dat de combinatie van een hoge nominale premie en zorgtoeslag een sterke prikkel zou kunnen vormen voor mensen met een laag inkomen om hun premie niet te betalen danwel zich niet te verzekeren. De onderzoekers concluderen dat het aantal wanbetalers is gestegen van 267.058 wanbetalers in het jaar 2010 naar 313.778 wanbetalers in het jaar 2013. Het aantal wanbetalers is sinds 2011 echter redelijk stabiel en lijkt geen relatie te hebben met de hoogte van de nominale premie. De onderzoekers merken voorts op dat, indien de nominale premie in de toekomst wel sterk zou stijgen, het raadzaam is om het risico op toename van wanbetalers in het oog te houden.

Reactie

De aanbeveling om het **risicovereveningsmodel** te blijven optimaliseren is een ondersteuning van mijn beleid. Onlangs heb ik in mijn brief d.d. 6 februari 2015 aangekondigd dat ik de berekening van de vereveningsbijdrage, die verzekeraars ex ante compenseert voor de samenstelling van hun verzekerdenbestand, fors aan zal passen zodat zij zich meer richten op het aantrekken van mensen die (veel) gebruik maken van zorg. In mijn brief van 25 juni 2014[4] heb ik geschetst welke andere verbeteringen ik per 2015 in de ex ante vereveningsmodellen heb doorgevoerd. Tevens wil ik u verwijzen naar het SO Risicoverevening die u binnenkort zult ontvangen, waarin een uitgebreide opsomming van lopende onderzoeken is opgenomen.

De tweede aanbeveling betreft het onderzoeken in welke mate zogenaamde zorgvraagvariabelen als DKG's en FKG's beïnvloed worden door aanbodgeïnduceerde vraag c.q. praktijkvariatie. De risicoverevening compenseert zorgverzekeraars voor de hogere kosten van chronisch zieken. De chronisch zieken worden in het ex ante vereveningsmodel op verschillende manieren geïdentificeerd, bijvoorbeeld via geneesmiddelengebruik (FKG) en diagnose-informatie bij een ziekenhuisbehandeling (DKG). Praktijkvariatie kan er toe leiden dat bepaalde chronisch zieken niet of pas later geïdentificeerd worden, omdat ze bijvoorbeeld voor de aandoening niet in het ziekenhuis behandeld worden. Het zelfde geldt voor de grotere vraag en behandeling door aanbodgeïnduceerde vraag. In de brief Kwaliteit loont d.d. 6 februari 2015 heb ik aangegeven dat de risicoverevening meer chronisch zieken moet identificeren en beter moet compenseren, opdat bestaande ondercompensaties worden weggenomen. Dit is mijn eerste prioriteit. Ik vind het goed om vervolgens scherp te hebben in hoeverre de aanbeveling van de onderzoekers speelt. Ik zal de suggestie van de onderzoekers opnemen op de groslijst van mogelijke onderzoeken voor volgend onderzoeksjaar. De onderzoeksagenda voor de risicoverevening voor volgend onderzoeksjaar zal ik deze zomer in overleg met Zorgverzekeraars Nederland, individuele zorgverzekeraars en het Zorginstituut opstellen.

Voor wat betreft de derde aanbeveling, deel ik met de onderzoekers dat de risicoverevening niet moet compenseren voor verschillen in zorgaanbod. Daarom zijn aanbodfactoren ook niet expliciet aanwezig in de huidige vereveningsmodellen. De onderzoekers noemen het regiocriterium en het criterium Meerjarige Hoge Kosten (MHK). Bij de introductie van beide criteria zijn onder andere voorspelkracht en prikkelwerking meegewogen. Hoewel ik erken dat via deze criteria gedeeltelijk en impliciet gecompenseerd kan worden voor aanbodfactoren, zijn deze criteria van belang om het gelijke speelveld te behouden. Daarom overweeg ik vooralsnog niet om deze criteria te verwijderen uit het vereveningsmodel.

Voor wat betreft de **aanvullende verzekeringen** adviseren de onderzoekers in te zetten op meer communicatie waardoor een brug wordt geslagen tussen de perceptie en de praktijk. Ik zal dit opnemen met verzekeraars en hen vragen hierover meer informatie te verschaffen, onder andere op hun websites. Ik zal ook de NZa vragen extra aandacht te geven aan het toezicht op heldere informatieverstrekking over aanvullende verzekeringen door verzekeraars. Tevens verricht de NZa momenteel een onderzoek naar risicoselectie, waarbij ook de verhouding tussen basisverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering onderzocht wordt.

---

[4] Kamerstuk 29 689, nr. 529.

Om de **effectiviteit van het eigen risico** op zorggebruik te versterken wordt geadviseerd om de transparantie over de onderhandelde tarieven te vergroten. Het vergroten van de transparantie over de kosten van zorg is onderdeel van het traject kostenbewustzijn waaraan ik samen met betrokken koepelorganisaties, te weten Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) werk. In dit traject wordt ook ingezet op het inzichtelijker maken van de kosten voorafgaand aan de behandeling. Eerste stap in dit traject was de lancering van de site opendisdata.nl door DBC-onderhoud, waarop gemiddelde tarieven van DBC's worden weergegeven. Een volgende stap is om deze website toegankelijker te maken en niet alleen gemiddelde prijzen te tonen maar ook de daadwerkelijke tarieven voor een patiënt. Ik ben met partijen in overleg, of en zo ja, op welke termijn dit is te realiseren en rapporteer daarover in de volgende brief over kostenbewustzijn die ik in voor de zomer aan de TK zal sturen.

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Verticale Integratie in de Tweede Kamer is door Kamerlid Bouwmeester (PvdA) aangegeven dat verzekerden niet voor verrassingen mogen komen te staan voor wat betreft hun zorgnota's. Voor verzekerden dient vooraf helder te zijn wat de zorgverzekeraar vergoed. Ik heb toegezegd met partijen te bezien hoe op een handige, administratief niet-belastende manier voorkomen kan worden dat verzekerden voor verrassingen komen te staan.

Verzekerden, zorgverzekeraars en zorgverleners hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid als het gaat om het inwinnen en verstrekken van informatie over vergoeding van zorg. De verzekerde moet zich ten eerste goed informeren over de inhoud van de polis. De verzekeraar heeft daarnaast de plicht om een verzekerde te informeren over het gecontracteerde aanbod en welke gevolgen een bepaalde behandeling heeft voor het eigen risico voorafgaande aan de behandeling. Zorgverleners moeten zich er op hun beurt ook voor inspannen om hun patiënten te informeren. Is een zorgaanbieder immers niet gecontracteerd dan zal de aanbieder (een deel van de) rekening bij de patiënt moeten declareren. Om het voor zorgverleners gemakkelijker te maken hun patiënten direct te informeren over de vergoeding van de te leveren zorg, heb ik eerder in mijn brief van 17 december 2014[5] aangegeven dat de NVZ op dit moment de mogelijkheid bekijkt om bij de afsprakenbureau's in ziekenhuizen een systeem te implementeren waarmee het ziekenhuis bij het inplannen van een afspraak op basis van de polis van de verzekerde kan zien of er sprake is van een contract.

De onderzoekers adviseren de ontwikkeling van de **collectiviteitenmarkt** te monitoren om te bezien of het beoogde doel van het behalen van gezondheidswinst in de loop der jaren beter behaald wordt. Indien dit niet het geval is, wordt aanbevolen om te overwegen de wettelijk toegestane collectiviteitkorting af te schaffen.

Het doel van collectiviteiten bij de totstandkoming van de Zvw was het bieden van «countervailing power» door verzekerden. Daarnaast bieden collectiviteiten voor werkgevers de mogelijkheid om te komen tot bundeling van verzekeringen met samenhangende risico's, zoals ziekte en arbeidsongeschiktheid. Alhoewel de onderzoekers aangeven dat dit tot op heden slechts mondjesmaat van de grond is gekomen, zijn er tegelijkertijd ook een aantal werkgeverscollectiviteiten die gezondheidsbevorderende

[5] Kamerstuk 29 689, nr. 562.

afspraken hebben gemaakt. Dit is een goede ontwikkeling en ik roep verzekeraars en werkgevers dan ook op deze goede voorbeelden te volgen.

Ik sta niet geheel achter de conclusie van de onderzoekers dat collectiviteiten momenteel weinig toegevoegde waarde hebben. Collectiviteiten leveren wel degelijk voordelen op voor verzekerden, via invloed op de prijs en het aanvullend pakket. Het bestaan van een diversiteit van collectiviteiten heeft meerwaarde. Via bijvoorbeeld gelegenheidscollectiviteiten hebben verschillende typen verzekerden (bijvoorbeeld gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden) de mogelijkheid om tot een collectiviteit toe te treden en niet alleen werknemers of verzekerden die tot een specifieke doelgroep behoren. Ook de collectiviteiten die door gemeenten aan uitkeringsgerechtigden en minima worden aangeboden, kennen diverse financiële voordelen voor deze doelgroep, zoals een aantrekkelijke aanvullende verzekering en betalingsregelingen.

Het afschaffen of beperken van de collectiviteitkorting, zoals de onderzoekers voorstellen, zou de (huidige) voordelen teniet doen. Daarnaast vind ik het van belang het bestaan van collectiviteiten ook in het perspectief van indirecte risicoselectie te beoordelen.

In de evaluatie van 2009 is aangegeven dat door het ontbreken van een acceptatieplicht voor collectiviteiten **risicoselectie** plaats kan vinden. De onderzoekers constateren dat risicoselectie via collectiviteiten niet plaatsvindt. Dit komt overeen met bevindingen van de NZa. De NZa concludeerde in 2014 dat het inzetten van gelegenheidscollectiviteiten om een acceptatiebeleid te kunnen toepassen voor doelgroepen op dit moment niet voorkomt[6]. Wel is er een aantal collectiviteiten dat zich op specifieke doelgroepen richt en gebruik maakt van de mogelijkheid om toegangsvoorwaarden te stellen. Ik ben me ervan bewust dat zorgverzekeraars via collectiviteiten bepaalde doelgroepen aan zich kunnen binden. Het is van belang dat prikkels voor deze vorm van indirecte risicoselectie geminimaliseerd worden.

Overigens kan ook op andere manieren indirecte risicoselectie plaatsvinden en ik acht het van groot belang voor de solidariteit van het stelsel hierop actie te ondernemen. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief d.d. 6 februari 2015, heb ik op 2 december 2014 de NZa gevraagd in het toezicht expliciet een aantal onderwerpen mee te nemen, waaronder risicoselectie (Kamerstuk 31 765, nr. 116). De NZa onderzoekt op polisniveau de in- en uitstroom van verzekerden: welke groepen verzekerden zijn voorspelbaar «winstgevend»? Deze informatie wordt gekoppeld aan het gedrag van zorgverzekeraars: hoe beïnvloeden zij het keuzegedrag van verzekerden en is dit acceptabel? Worden verzekerden bijvoorbeeld actief en juist geïnformeerd door de zorgverzekeraars tijdens de overstapperiode? Ook onderzoekt de NZa of het mogelijk is om sturing van verzekerden door verschillen in inschrijvingseisen te verbieden. Daarnaast bekijkt zij hoe zorgverzekeraars sturen op acceptatiebeleid van volmachten. Tot slot stelt de NZa een visie op over de sturing van verzekerden op de basisverzekering via de aanvullende verzekering. De NZa maakt de uitkomsten van deze onderzoeken en de visie over sturing van verzekerden naar verwachting in het voorjaar 2015 bekend. Ook houdt de NZa toezicht op de collectiviteiten.

Ik wacht het onderzoek van de NZa af en zal naar aanleiding daarvan bepalen of en welke maatregelen noodzakelijk zijn, met betrekking tot risicoselectie en ook in relatie tot collectiviteiten en kortingen.

---

[6] NZa Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2014.

Ik onderstreep de aanbeveling die de onderzoekers doen met betrekking tot meer transparantie over de polis om duidelijkheid te bieden over de invulling van de **zorgplicht**. Voor een goede werking van het stelsel is het van groot belang dat verzekerden een goede en overwogen keuze kunnen maken voor een zorgverzekering. In mijn brief d.d. 6 februari 2015 heb ik aangegeven dat de NZa de verplichting aan zorgverzekeraars zal opleggen om uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid bekend te maken en uiterlijk zes weken voor het contractjaar het gecontracteerde aanbod. Ook moet inzicht worden geboden in de wijze waarop zij bij de zorginkoop rekening hebben gehouden met de diversiteit van patiënten. Ook de websites van de zorgverzekeraars zullen worden verbeterd zodat individuele verzekerden meer inzicht hebben in wat in hun polis inhoudt. Ten aanzien van de vergelijkingssites laat ik de NZa nadere regels stellen over de controle door verzekeraars van de informatie op de vergelijkingssites. Zoals aangegeven in mijn brief d.d. 2 december 2014 aan de NZa heb ik gevraagd extra onderzoek te doen naar budgetpolissen in relatie tot de zorgplicht (bijlage 3 bij de brief Kwaliteit loont). De resultaten worden in het voorjaar van 2015 verwacht.

Ik volg de ontwikkeling van het aantal **wanbetalers**, evenals de (vermoedelijke) oorzaken hiervan, nauwlettend. Momenteel ligt het wetsvoorstel Verbetering wanbetalers maatregelen[7] voor bij de Kamer. Met het wetsvoorstel wordt beoogd aanvullende maatregelen te treffen om de instroom van wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime te verminderen en de uitstroom van het aantal wanbetalers te bevorderen.

2. Ontwikkelingen in de zorginkoop

De onderzoekers concluderen dat de zorginkoop zich positief heeft ontwikkeld. Daarnaast heeft de introductie van omzetplafonds en aanneemsommen geleid tot een afname van de groei van de zorgkosten. Tegelijkertijd concluderen de onderzoekers dat de zorginkoopmarkt nog niet optimaal functioneert en dat selectieve zorginkoop beperkt van de grond komt. De onderzoekers benoemen diverse belemmerende factoren voor zorginkoop en doen een aantal aanbevelingen om de zorginkoop verder te optimaliseren:

- **Artikel 13 Zvw**: Het huidige artikel 13 Zvw vormt volgens de onderzoekers een belemmering voor het (selectief) inkopen van zorg en ze bevelen aan het huidige artikel 13 Zvw te wijzigen, zonder daarbij uitzonderingen te maken voor bepaalde zorgvormen, zodat zorgverzekeraars volledig vrij zijn de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen.
- **Beleidscyclus:** De onderzoekers bevelen aan de beleidscyclus te vervroegen, zodat zorgverzekeraars en aanbieders meer tijd om zorg tijdig en zorgvuldig te contracteren.
- **Transparantie kwaliteit:** De onderzoekers constateren een gebrek aan transparantie van kwaliteit van zorg en concluderen dat dit selectieve zorginkoop belemmert. Zij bevelen aan de transparantie van de kwaliteit van zorg te vergroten en te versnellen door via een aanwijzing aan het Kwaliteitsinstituut of de NZa de beschikbare databronnen voor kwaliteit van zorg per direct openbaar te maken en om onder regie van het Kwaliteitsinstituut samen met veldpartijen een road map op te stellen voor uitkomstindicatoren.
- **Fusies en concentratie:** De onderzoekers zijn van mening dat fusies van zorgaanbieders en concentratie van zorgaanbod selectief contracteren kunnen belemmeren. De onderzoekers bevelen een andere manier van toezicht houden op fusies aan. Zo zouden zorgver-

[7] Kamerstuk 33 683, nr. 2.

zekeraars vooraf eisen moeten stellen aan de business case van fuserende partijen en afspraken moeten maken over de beoogde doelmatigheidswinst en het terugvloeien van deze winst naar zorgverzekeraars en uiteindelijk naar de verzekerden.
- **Reputatieschade:** De onderzoekers concluderen dat de angst voor reputatieschade onder zorgverzekeraars, net als ten tijde van de evaluatie in 2009, nog altijd bestaat. Hierbij gaat het met name om het selectief contracteren en de hierbij gehanteerde (kwaliteits)criteria. De onderzoekers achten het van belang dat zorgverzekeraars en overheid uitgebreider communiceren over het doel van selectief contracteren en de criteria voor het al dan niet contracteren van zorgaanbieders.
- **Meerjarencontracten:** De onderzoekers geven aan dat meerjarencontracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van zorginkoop. Meerjarencontracten zouden nu vaak weinig tot stand komen door onzekerheid over het beleid van daaropvolgende jaren en doordat verzekerden de mogelijkheid hebben jaarlijks over te stappen.
- **Uitkomstbekostiging:** De huidige manier van contracteren van ziekenhuizen kan door zorgverzekeraars worden geoptimaliseerd door uitkomsten centraal te zetten of instrumenten als shared savings in te zetten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben een belangrijke rol in de realisatie hiervan.
- **Gepast gebruik:** De nadruk op het belang van gepast gebruik van zorg is het afgelopen jaar sterk toegenomen. Door met zorginkoop meer te sturen op gepast gebruik kan de zorginkoop verder verbeterd worden.

Reactie

Het wetsvoorstel waarmee **artikel 13 Zvw** werd gewijzigd is in december 2014 verworpen door de Eerste Kamer. Zoals aangegeven in mijn brief d.d. 6 februari 2015 heeft het kabinet gekozen voor een ander, breder pakket aan maatregelen om hetzelfde beoogde doel te bereiken: betere kwaliteit van zorg tegen lagere kosten. Het bevorderen van contractering op kwaliteit staat hierbij centraal.

Op het vlak van het **versnellen van de beleidscyclus** zijn reeds belangrijke stappen gezet. In de hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken opgenomen over het versnellen van het inkoopproces. Partijen streven er naar de inkoopcyclus jaarlijks vóór 19 november voorafgaande aan het nieuwe contractjaar (t-1) af te ronden. Om dit te halen zijn afspraken gemaakt over onder andere het uiterlijk op 1 juli (t-1) publiceren van de NZa-beleidsregels. Ook VWS spant zich in om bijvoorbeeld tijdig de AMvB pakketmaatregelen naar de Eerste en Tweede Kamer te versturen en beleidswijzigingen, die bijvoorbeeld leiden tot wijzigingen in de bekostiging, tijdig gereed te hebben. VWS is daarnaast bezig met het versnellen van de financiële informatievoorziening, waardoor partijen eerder zicht op uitgaven en resultaten krijgen. Inmiddels is volgens de NZa gebleken dat het inkoopproces daadwerkelijk ook steeds eerder wordt afgerond.

Om meer te kiezen op kwaliteit hebben zowel zorgverzekeraars als patiënten meer **transparantie van kwaliteit** van het zorgaanbod nodig. Zoals aangekondigd in mijn brief d.d. 6 februari 2015 neem ik diverse maatregelen om de transparantie van kwaliteit te verhogen en heb ik afspraken gemaakt over te bereiken resultaten in 2015. Graag verwijs ik naar deze brief. De aanbevelingen van de onderzoekers zijn voor een groot deel in gang gezet, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor het Kwaliteitsinstituut. In mijn uitgebreide reactie op de evaluatie Wmg en NZa zal ik op de rol van de NZa ten aanzien van transparantie van kwaliteit nader ingaan.

Met betrekking tot **fusies en concentratie**, signaleer ik in de zorg een sterke concentratie van het tweedelijns zorgaanbod waardoor het aantal keuzemogelijkheden afneemt en de markmacht van tweedelijns aanbieders mogelijk toeneemt. Ik vind dit een zorgwekkende ontwikkeling. De onderzoekers wijzen er dan ook terecht op dat een fusie van zorgaanbieders niet op zichzelf staat en gevolgen heeft voor de inkopers van zorg (de zorgverzekeraars) en de verzekerden. Het is in Nederland en de Europese Unie zo geregeld dat concentraties boven vastgestelde omzetdrempels (ook concentraties in de zorg) worden getoetst door de mededingingsautoriteit. In Nederland is dat de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Uiteindelijk besluit de ACM binnen de kaders van de Mededingingswet of de fusie doorgang kan hebben. ACM hoort alle partijen, waaronder de verzekeraars. Het is belangrijk dat de verzekeraars hierin hun rol goed spelen ten behoeve van de patiënt en premiebetaler. Hiernaast houdt de NZa markttoezicht en voert zij de zorgspecifieke fusietoets uit. Zoals aangekondigd in mijn brief d.d. 6 februari 2015 zal het sectorspecifieke markttoezicht (de zorgfusietoets en het instrument van de Aanmerkelijke marktmacht, AMM) over gaan van de NZa naar de ACM. Deze bundeling van kennis zal worden versterkt door het aantrekken van nieuwe mensen met kennis van de gezondheidszorg. Er zal worden gezocht naar maximale aanscherping van het beleid.

Ik beaam de conclusie dat verzekerden onvoldoende op de hoogte zijn van de werking van het stelsel en de **rol van de zorgverzekeraar**. Ik vind het ten eerste de taak van zorgverzekeraars om duidelijk te maken aan hun verzekerden wat de rol van verzekeraars is. Het is hiernaast van belang dat verzekeraars aan hun verzekerden uit kunnen leggen op basis van welke criteria zij contracteren. In mijn brief d.d. 6 februari 2015 tref ik maatregelen om de transparantie door zorgverzekeraars rondom het inkoopbeleid te vergroten en ook de invloed van verzekerden op het inkoopbeleid te vergroten.

Ik ben het met de onderzoekers eens dat het sluiten van **meerjarencontracten** een bijdrage kan leveren aan meer stabiliteit en daardoor meer zekerheden kan creëren om lange termijn investeringen met betrekking tot zorgaanbieders te doen. Hierbij is het zaak de juiste balans te vinden tussen flexibiliteit en zekerheid. Zoals aangegeven in mijn brief d.d. 6 februari 2015 zal ik het afsluiten van meerjarencontracten stimuleren. Dat meerjarencontracten nu niet tot stand komen vanwege de mogelijkheid van het jaarlijks overstappen voor verzekerden betwijfel ik. In de contractering met aanbieders kan rekening gehouden worden met een eventuele af- of toename van het aantal verzekerden; dit gebeurt op dit moment al. Het andere argument heeft betrekking op de onzekerheid over het beleid. Dat beleid onderhevig is aan veranderingen, is een feit. Dat meerjarencontracten niet tot in detail kunnen worden uitgewerkt vanwege veranderend beleid, vind ik begrijpelijk. Het gaat mijn inziens om de intentie om voor langere tijd met elkaar een samenwerkingsrelatie aan te willen gaan. Daarin is het cruciaal dat de balans wordt gevonden tussen continuïteit en flexibiliteit. Er moet ruimte blijven voor nieuwe toetreders.

Met betrekking tot uitkomstbekostiging heb ik al eerder aangegeven dat de huidige bekostiging van de medisch specialistische geen belemmering bevat voor het integreren van kwaliteitsindicatoren en daarmee het betalen voor geleverde kwaliteit. Daar zijn geen grootscheepse top-down aanpassingen in het declaratiesysteem voor noodzakelijk. De evaluaties van de Wmg en de NZa bevestigen dit. Wel is van groot belang dat verzekeraars meer inzicht krijgen in kwaliteit. Een uiteenzetting over hoe ik het ontwikkelen van deze kwaliteitsindicatoren wil bewerkstelligen geef ik

in mijn reactie onder «transparantie in kwaliteit». Graag verwijs ik u verder naar mijn brief over uitkomstbekostiging in de curatieve zorg[8].

Tot slot onderschrijf ik het belang van gepast gebruik bij zorginkoop en merk op dat er veel initiatieven op dit vlak lopen. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de «Ronde tafel gepast gebruik», waar alle veldpartijen met elkaar aan tafel zitten om rond concrete thema's na te gaan hoe de kwaliteit en doelmatigheid kan worden verhoogd. In het voorjaar van 2014 is het tweede convenant gepast gebruik ondertekend, waarin het accent ligt op het opsporen en oplossen van structurele belemmeringen voor gepast gebruik van zorg. Daarnaast geeft het Zorginstituut Nederland met het Programma Zinnige Zorg invulling aan het bevorderen van goede en zinnige zorg. Deze en andere initiatieven moeten de sturing van gepast gebruik bij zorginkoop de komende jaren vergroten.

3. Machtsevenwicht

De onderzoekers hebben het machtsevenwicht op de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt nader onder de loep genomen vanuit het perspectief van de eindgebruiker: de verzekerde/patiënt. De zorgverleningsmarkt is buiten beschouwing gebleven, omdat hier de Zvw geen rol speelt.

Zorgverzekeringsmarkt

De onderzoekers concluderen dat er geen sprake is van een disbalans tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Om het machtsevenwicht op de zorgverzekeringsmarkt te optimaliseren adviseren de onderzoekers om eenduidige vergelijkingen mogelijk te maken in het premieseizoen. Ook wordt geadviseerd de komende jaren te monitoren hoe zorgverzekeraars omgaan met de opgebouwde reserves. De onderzoekers bevelen als derde aan dat zorgverzekeraars meer transparantie moeten bieden over hun contracten met zorgaanbieders, de kwaliteit van het zorgaanbod en de vergoedingen.

Reactie

De onderzoekers concluderen dat er geen sprake is van een disbalans tussen verzekerden en verzekeraars. Zoals aangegeven in mijn brief d.d. 6 februari 2015 ben ik van mening dat de positie van verzekerden wel verder verstevigd dient te worden voor een optimale werking van het stelsel. In die brief heb ik geschetst welke maatregelen ik neem, waaronder meer transparantie in kwaliteit en het polisaanbod, waar ik eerder in deze brief al op ben ingegaan. Ook zal ik de invloed van verzekerden op verzekeraars bij wet vastleggen.

Ten aanzien van de aanbeveling over eenduidige vergelijkingen laat ik de NZa nadere regels stellen over de controle door verzekeraars van de informatie op de vergelijkingssites. Voor wat betreft de aanbeveling over het monitoren van verzekeraars hoe zij omgaan met opgebouwde reserves, kan ik aangeven dat verzekeraars hier conform de regels van De Nederlandsche Bank (DNB) transparant over zijn. Vorig jaar heb ik afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over een uniforme, transparante verantwoording van de premie. Ik verwijs u hiervoor naar de brief[9] d.d. 31 oktober 2014. In navolging van de afspraken over de verantwoording van de premieopbouw, ben ik met zorgverzekeraars in gesprek over een sjabloon waarmee zorgverzekeraars op een uniforme en begrijpelijke

---

8 Kamerstuk 29 248, nr. 255.
9 Kamerstuk 29 689, nr. 556.

wijze inzicht geven in de jaarresultaten behaald op de basisverzekering. Ik verwacht dit gesprek zeer binnenkort af te ronden. Het sjabloon maakt onder andere inzichtelijk welk deel van het resultaat daadwerkelijk over het lopende jaar is behaald en welk deel uit eerdere jaren afkomstig is. Ook wordt inzichtelijk welk deel van het resultaat wordt ingezet ter verlaging van de premie in het volgende jaar, hoeveel er wordt toegevoegd aan de reserves en hoeveel er dan nog een overige bestemming heeft.

Op de aanbeveling over transparantie door zorgverzekeraars over hun contracten met zorgaanbieders, de kwaliteit van het zorgaanbod en de vergoedingen ben ik eerder in deze brief al ingegaan.

Zorginkoopmarkt

De onderzoekers benadrukken bij het machtsevenwicht het perspectief van de eindgebruiker: verzekerden en patiënten. Daar gaat het uiteindelijk om. Ondanks het feit dat de hoge kwaliteit van zorg in Nederland er op lijkt te duiden dat de stimulans om een hoge kwaliteit te leveren groot is en dit een uiting is van een adequaat machtsevenwicht, concluderen de onderzoekers dat er aanwijzingen zijn dat de marktmacht tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in disbalans lijkt ten faveure van een aantal groepen zorgaanbieders. Dit geldt met name in de tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), de ziekenhuizen en bij de huisartsen. Voor individuele beroepsoefenaren in de eerste lijn is dit niet het geval. Ook kunnen er regionale verschillen zijn.

De onderzoekers concluderen hiernaast dat met name individuele aanbieders in de eerstelijn weinig onderhandelruimte ervaren bij zorgverzekeraars waar gewerkt wordt met standaardcontracten en aanbieders dat ervaren als «moeten tekenen bij het kruisje». De onderzoekers concluderen dat zolang de voordelen worden doorgegeven aan de consument en de kwaliteit niet verschraalt, deze situatie niet als bezwaarlijk hoeft te worden beschouwd.

Om het machtsevenwicht op de zorginkoopmarkt te optimaliseren adviseren de onderzoekers om artikel 13 van de Zvw aan te passen en uitkomstindicatoren versneld en verplicht transparant te maken via artikel 38 Wmg en/of via het Kwaliteitsinstituut.

Reactie

Ik onderschrijf het uitgangspunt van de onderzoekers dat het machtsevenwicht bezien moet worden vanuit het perspectief van de eindgebruiker: de verzekerde en de patiënt. De onderzoekers concluderen dat er sprake is van een grote marktmacht bij zorgaanbieders in de tweedelijns GGZ, de ziekenhuizen en huisartsen[10]. Om te voorkomen dat deze verhouding nog schever komt te liggen, met alle gevolgen voor kwaliteit en doelmatigheid van dien, versterkt het kabinet het markttoezicht, zoals ik heb aangekondigd in mijn brief d.d. 6 februari 2015.

---

[10] De onderzoekers laten in hun analyse zien dat in de jaren 2011–2013 de kostengroei in de GGZ afneemt en lager is dan in de MSZ in diezelfde periode. De onderzoekers baseren zich hierbij overigens op voorlopige cijfers en de ontwikkeling in 2012 is sterk bepaald door maatregelen, die per 2012 in de GGZ zijn genomen, zoals tarief- en pakketmaatregelen. De ontwikkeling zou er op kunnen wijzen dat zorgverzekeraars in de GGZ meer op kosten sturen. Voor huisartsenzorg is de situatie verschillend omdat voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg afspraken zijn gemaakt over aanvullende groeiruimte voor substitutie, desondanks is hier ook sprake van een afvlakking van de groei.

Voor wat betreft de eerstelijns zorg concluderen de onderzoekers dat deze individuele aanbieders weinig onderhandelruimte ervaren, maar dat dit niet bezwaarlijk is zolang de verzekerde hier geen nadeel van ondervindt. Desondanks heb ik een aantal maatregelen aangekondigd in mijn brief d.d. 6 februari 2015. Er worden voor de volgende contractperiode (2016) modellen uitgewerkt waarbinnen het gesprek over inhoud, kwaliteit en service wel kan plaatsvinden. Tevens wordt een geschillencommissie opgericht en komt er meer ruimte voor innovatieve contracten.

Om het machtsevenwicht op de zorginkoopmarkt te optimaliseren adviseren de onderzoekers ten tijde van de publicatie van het evaluatierapport in september 2014 om artikel 13 van de Zvw aan te passen en uitkomstindicatoren versneld en verplicht transparant te maken via artikel 38 Wmg en/of via het Kwaliteitsinstituut. Op deze aanbevelingen ben ik reeds ingegaan in deze brief.

Evaluatie wet Ovoz

Als onderdeel van de evaluatie van de Zorgverzekeringwet is adviesbureau ZorgVuldig Advies gevraagd onderzoek te doen naar de effectiviteit van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerde zorgverzekering (Wet Ovoz). Op basis van de cijfers concluderen de onderzoekers dat over het algemeen het systeem van de Wet Ovoz in hoge mate doeltreffend en doelmatig is. Het Zorginstituut Nederland heeft sinds 14 maart 2011 bijna 345.000 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtigen. Hiervan hebben circa 315.000 personen vervolgens actie ondernomen door zich alsnog in te schrijven, te betwisten dat zij verzekeringsplichtig zijn of zij hebben aangetoond dat ze terecht onverzekerd zijn. De belangrijkste aanbevelingen hebben betrekking op het voorkomen dat personen onnodig het proces van de Wet Ovoz instromen. De onderzoekers schatten in dat ongeveer een derde van de 4.500 personen die maandelijks het proces van de wet Ovoz instromen, achteraf gezien niet verzekeringsplichtig blijkt te zijn. Mochten personen toch onnodig het proces instromen, dan is het zaak dat deze personen zo snel mogelijk weer uitstromen. Met deze aanbevelingen moet zoveel mogelijk worden voorkomen dat er onnodig kosten worden gemaakt die de uitvoering van de wet Ovoz met zich meebrengt (kosten voor aanschrijving, beboeten, incasso en ambtshalve verzekeren). Hoeveel bespaard kan worden is niet door de onderzoekers in beeld gebracht.

Reactie

De onderzoekers concluderen dat met name buitenlandse studenten onnodig het proces van de Wet Ovoz instromen. In navolging van de aanbevelingen op dit punt heeft de SVB aangegeven vanaf maart 2015 door middel van een «slimme filter» in de bestandsvergelijkingen onterechte aanschrijvingen te willen voorkomen. Deze filter richt zich op niet-verzekeringsplichtige buitenlandse studenten. Ik ben blij met deze maatregel van de SVB, omdat hiermee aan de voorkant voorkomen kan worden dat personen onnodig het proces van de wet Ovoz instromen.

Voor het laten uitstromen van personen die onnodig in het proces van de wet Ovoz zitten, heeft het Zorginstituut gesproken met het Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB). Het CJIB heeft met de gecontracteerde deurwaarderskantoren afgesproken dat er een terugmelding aan de gemeente volgt bij twijfel aan de juistheid van gegevens, opdat de gemeente de betreffende persoon in het Basisadministratie Persoonsgegevens en Reisdocumenten in onderzoek kan zetten. In dat geval stroomt een persoon uit het proces van de wet Ovoz.

Toezeggingen

Tot slot wil ik ingaan op twee toezeggingen die ik aangaande de evaluatie van de Wet Ovoz heb gedaan aan uw Kamer.

Ik heb toegezegd de recidive van onverzekerd zijn bij de evaluatie van de wet te betrekken en te bezien in hoeverre nadere maatregelen voor eventuele recidiverende onverzekerden nodig zijn[11]. De onderzoekers melden dat het aantal gevallen «recidive van onverzekerd zijn» onbekend is. Het is nog te kort na het in werking treden van de Wet Ovoz om patronen te ontdekken. In de volgende evaluatie zal ik de onderzoekers vragen hier opnieuw naar te kijken. Afhankelijk van die resultaten bezie ik of andere maatregelen nodig zijn.

Daarnaast heb ik uw Kamer toegezegd bij gelegenheid van de evaluatie van de Wet Ovoz een beeld te schetsen van de bezwaar- en beroepsprocedures. De bezwaar- en beroepsprocedures inzake de door het Zorginstituut opgelegde boetes zijn onderworpen aan de in de Algemene wet bestuursrecht neergelegde procedurele voorschriften. Inhoudelijk zien de meeste bezwaren niet zozeer op de boeteoplegging als zodanig, maar op de daaraan ten grondslag liggende verzekeringsstatus ingevolge de Wlz. Vaak blijkt tijdens de procedure alsnog dat de betrokkene niet Wlz-verzekerd is. Meestal omdat het een buitenlandse student betreft of iemand die al vertrokken is naar het buitenland. Op dat moment wordt de opgelegde boete uiteraard ingetrokken. Een eventueel al betaalde boete wordt door het Zorginstituut gerestitueerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

[11] Kamerstuk 32 150, nr. 83.